



# KROK PO KROKU

Rozmowa z Tomaszem Latosem, przewodniczącym sejmowej Komisji Zdrowia, posłem PiS

Fot. Kuba Ays / Agencja Gazeta

**USZANUJEMY DOROBEK**

**PODMIOTÓW PRYWATNYCH.**

**NIE KWESTIONUJEMY ROLI PRYWATNYCH**

**PLACÓWEK POZ, AOS CZY SZPITALI,**

**CHOĆ JEDNOCZEŚNIE JESTEŚMY**

**KRYTYCZNIE NASTAWIENI DO KOMERCJALIZACJI**

**Czy zostanie pan ministrem zdrowia?**

Trudno mi spekulować. To pytanie należałoby skierować do premiera przyszłego rządu i kierownictwa partii. Poza tym, aby w ogóle je postawić, Polacy muszą nas obdarzyć zaufaniem 25 października. W sondażach wypadamy obiecująco, ale nie chciałbym być posądzony o tryumfalizm dwa miesiące przed wyborami. Ponadto zdaję sobie sprawę z ogromu trudności oraz ograniczeń, z jakimi boryka się urzędujący minister. Dlatego wolałbym odpowiedzieć dyplomatycznie: nie będę o urząd zabiegał, ale gdy taka propozycja padnie, nie będę się uchylał przed objęciem tej funkcji.

**Przed nowym ministrem huk roboty. Co trzeba zrobić przede wszystkim?**

Rzeczy do zrobienia jest rzeczywiście dużo. A co powinno być priorytetem? Trzeba rozpocząć od powrotu do dialogu ze środowiskami reprezentującymi różne gałęzie polskiej ochrony zdrowia. Myślę tu nie tylko o lekarzach, lecz także o pielęgniarkach, fizjoterapeutach, dyrektorach szpitali i o firmach farmaceutycznych. Trudno mi określić czy skomentować dokonania w tej kwestii obecnego ministra, prof. Mariana Zembała, bo swój urząd piastuje dość krótko. Ale jedno jest pewne: czasy rządów Bartosza Arłukowicza pozostawiły w tym zakresie coś w rodzaju pustyni. Mówię o zerwanych niciach współpracy, konfliktach, czasem ostrych i gwałtownych. A bez współpracy między różnymi środowiskami reprezentującymi polską ochronę zdrowia nie ma mowy o tym, by system funkcjonował normalnie. Trzeba wypracować nowe kanały informacji, zawrzeć kompromisy, naprawić to, co zostało popsute w tym zakresie. To olbrzymie wyzwanie, bo poziom nieufności środowiska wobec ministerstwa jest najwyższy od wielu lat. Następną sprawą niecierpiącą zwłoki jest konieczność poprawy wielu aktów prawnych – przyznaje to nawet obecny obóz rządzący. Nie mam na myśli przeforsowywania w szybkim tempie dużych ustaw, wymagających przejścia długiej ścieżki legislacyjnej, tylko wprowadzenie poprawek za pomocą rozporządzeń, które są w kompetencji ministra. Będąc w stałym kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia, doskonale zdaję sobie sprawę, jak wiele uciążliwych problemów, z którymi borykają się na co dzień, można rozwiązać w stosunkowo prosty sposób. Oczywiście nie uzdrowi to od ręki całej opieki zdrowotnej, ale będzie z pewnością krokiem w dobrym kierunku. Równoległe będzie przeprowadzana także konieczna gruntowna zmiana uregulowań ustawowych, ale to już zadanie zaplanowane na dłuższy okres, w spokojnym, normalnym trybie, po szerokich konsultacjach ze środowiskiem.

**Prawo i Sprawiedliwość zapowiada jeszcze istotniejsze zmiany. Odejście od systemu ubezpieczeniowego i powrót budżetowego.**

Nie ma mowy o żadnym powrocie. Słowo „powrót” w argumentacji naszych przeciwników ma się kojarzyć z zarzutem, że chcemy wrócić do systemu, jaki obowiązywał w PRL. Nic bardziej mylnego, my też tego ani sobie, ani nikomu nie życzymy. Poza tym, cóż to za odejście od systemu ubezpieczeniowego? Przecież my go tak naprawdę nie mamy. Gdy porównamy nasz system z amerykańskim czy niemieckim – gdzie tu mowa o systemie ubezpieczeniowym w Polsce? Są tylko jego pewne elementy. A na dodatek mamy do czynienia z próbą pozbycia się przez państwo odpowiedzialności za liczbę i jakość udzielonych świadczeń. Temu ma służyć funkcjonowanie quasi-ryнку medycznego, by powiedzieć: to nie państwo jest winne – to nie my, to oni. My, rekomendując system budżetowy, proponujemy wprowadzenie czytelnych reguł i przywrócenie pełnej odpowiedzialności państwa, a nie zrzucanie jej na innych.

**Rzeczywiście, określenie „system budżetowy” kojarzy się z PRL. Sądzę, że nie tylko mnie, ale również większości czytelników. Skoro PiS ma pomysł na inny system budżetowy, na czym miałby on polegać? Narodowy Fundusz Zdrowia zostanie zlikwidowany, inne instytucje ubezpieczeniowe nie będą rozwijane, co w zamian?**

Rzeczywiście chcemy szybkiej likwidacji NFZ i wzmocnienia roli wojewody w nadzorowaniu funkcjonowania ochrony zdrowia w podległym mu regionie. Nie będzie przy tym przydzielania funduszy bez korelacji z liczbą i jakością wykonywanych świadczeń zdrowotnych. To oznacza, że instytucja powołana przez wojewodę przeprowadzi kontraktowanie z uwzględnieniem regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych. Pozwoli to nie tylko stworzyć sieć szpitali na danym terenie, lecz także wreszcie podejmować racjonalne decyzje inwestycyjne i remontowe. Do tej pory panował chaos w tym względzie, a część pieniędzy była wydatkowana nieefektywnie. Prowadzi to nierzadko do marnotrawstwa funduszy, szpitale w niektórych dziedzinach medycyny wyrwywają sobie kontrakty, a w innych – mniej opłacalnych – brakuje świadczeniodawców. Wszystko to z powodu braku koordynacji niezbędnej do tego, by system był wewnętrznie spójny.





Fot. Sławomir Kamiński / Agencja Gazeta

**W KWESTII DIALOGU SPOŁECZNEGO**

**CZASY RZĄDÓW BARTOSZA ARŁUKOWICZA**

**POZOSTAWIŁY PO SOBIE COŚ W RODZAJU PUSTYNI.**

**MÓWIĘ TU O ZERWANYCH NICIACH**

**WSPÓŁPRACY, KONFLIKTACH, CZASEM**

**OSTRYCH I GWAŁTOWNYCH**

**Jak tego uniknąć? Może po prostu wprowadzić zasadę, że kto planuje, ten te plany realizuje, a kontraktowanie świadczeń powierzyć bezpośrednio wojewodzie?**

A dlaczego nie? To właśnie planujemy. Powtórzę, że sprawą nie zajmowałby się osobiście wojewoda, ale instytucja nadzorowana i kierowana przez niego. I działająca według wcześniej opracowanego i przedyskutowanego z głównymi uczestnikami systemu planu zdrowotnego dla regionu, którego realizacja byłaby na bieżąco nadzorowana.

**Dlaczego podporządkować to właśnie wojewodzie, nie marszałkowi województwa? Wojewoda to urzędnik działający bezpośrednio pod nadzorem rządu w Warszawie, natomiast marszałek – reprezentujący samorząd – pochodzi z wyboru społeczności lokalnej.**

Sensem naszej reformy jest koordynowanie polityki zdrowotnej na poziomie całego państwa. Z budżetu centralnego mają pochodzić pieniądze na ochronę zdrowia. Są też zadania wykraczające ponad odpowie-

dzialność konkretnych regionów, zadania ogólnokrajowe, na przykład utrzymanie instytutów, które leczą przecież pacjentów z całego kraju. Z tych wszystkich powodów chcemy, by koordynowanie polityki zdrowotnej pozostawało pod kontrolą administracji centralnej. A więc wojewody, nie marszałka. Przypomnę, że wojewoda pozostałby związany koniecznością trzymania się planu zdrowotnego dla swojego regionu, a w jego powstaniu kluczowe będą rola i argumenty samorządu. Zresztą pod tym względem obecny system jest niekonsekwentny. Bo jest na przykład tak, że szpitale wojewódzkie pozostają pod kontrolą samorządu, ale kliniczne, uniwersyteckie – często największe i najważniejsze w regionie – już nie. I trudne jest koordynowanie współpracy między nimi. My chcemy tę koordynację poprawić.

**Ideą pańskiego ugrupowania jest utworzenie tzw. sieci szpitali kontrolowanych przez wojewodów. Czy placówki prywatne zostaną zepchnięte na margines?**

Nie ma o tym mowy. Po pierwsze, uszanujemy dotychczasowy dorobek podmiotów prywatnych w ochronie zdrowia. Nie kwestionujemy roli funkcjonujących prywatnych placówek POZ, AOS czy szpitali, choć jednocześnie jesteśmy krytycznie nastawieni do komercjalizacji. Widzimy bowiem różnicę między zainwestowaniem prywatnego kapitału a przejęciem placówki samorządowej. Jesteśmy jednak otwarci na współpracę z podmiotami prywatnymi i przy tworzeniu planów sieci szpitali, i przy realizacji tych planów.

*Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski*